Aktuelle Seite: Startseite

"Schwerbehinderte Menschen - Ihre Rechte"

Wenn Sie als gesetzlicher Empfänger der Beamten-Versorgung **schwerbehindert** sind, hier finden Sie wichtige, schnelle Informationen zu Ihren Rechten.

Wir haben uns entschieden, Ihnen die wichtigsten Informationen zu Ihren Rechten zur **Hilfestellung** in Bezug zu Ihrer Schwerbehinderung zu geben.

- Vorwort
- Wer ist schwerbehindert?
- Wann ist ein Mensch schwerbehindert im Sinne des gesetzlichen Rechts?
- Wie ist die Schwerbehinderungsrente zu beantragen?
- Wann ist die Schwerbehinderungsrente zu beantragen?
- Wann ist die Schwerbehinderungsrente zu beantragen?
- Wieviel Geld bekommen Sie als Versorgungsempfänger?
- Versorgungsleistungen bei Erwerbsunfähigkeit
- Unentgeltliche Beförderung von Schwerbehinderten
- Unentgeltliche Beförderung von Begleitpersonen
- Steuerrechtliche Vorteile
- Steuerrechtliche Vorteile
- Wohnung
- Wohnung an Ehe-/Lebenspartner
- Wohnung an Ehe-/Lebenspartner
- Wohnung an Ehe-/Lebenspartner

Die Pflegekasse informiert Versicherte über den Anspruch auf Beratung nach § 7a und § 7b SGB XI. Dazu gehören die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung, "Empfehlungen für Maßnahmen der Rehabilitation" sowie Pflegekurse.

zu Anwender

Wohnungsanfragen

Im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung ist für Wohnungsanfragen folgendes zu beachten:

- die Angabe der Wohnungsnummer bei Wohnungsanfragen bei der Einleitung des Wohnungsbesuchs ist zwingend erforderlich
- eine Ersatzwohnung darf nur dann angeboten werden, wenn die Wohnungsnummer angegeben wurde.

Siehe Kurzinfo Anfragen bei Sozialdatenträgern und Anlagen Gebäude.

zu Anwender

Wohnzeit

Bei der Ermittlung der Gesamtwohnzeiten eines Schwerbehinderten sind folgende:

- ab 01.Februar.xx+1 LG Bbe erhält 100% Wohnzeit
- vom 01.Juli.xx bis zum 31.Januar.xx+1 LG Bbe erhält 50% Wohnzeit
- ab Februar.xx+1 LG Bbe erhält 100% Wohnzeit
- ab Februar.xx+1 LG Bbe erhält 50% Wohnzeit

Siehe Kurzinfo Anfragen bei Sozialdatenträgern und Anlagen Gebäude.

zu Anwender

Betreuung von der Kundfunktionsfunktion

Von der Kundfunktionsfunktion werden zur sozialen Sicherung folgende Leistungen der Pflegeversicherung bereitgestellt:

- Beratung
- Beratung zur sozialrechtlichen pflegerischen Versorgung
- Beratung zur Pflegeversicherung, Pflegekurse, Pflegehilfsmittel
- Beratung zur Rehabilitation

Siehe Kurzinfo Anfragen bei Sozialdatenträgern und Anlagen Gebäude.

Weiterhin hat der Mieter, dem ersatzweise ein Ersatzwohnung hinzugewiesen wird, einen Anspruch auf Beratung. Dies ist der Fall, wenn der Mieter einen Antrag auf Ersatzwohnung gestellt hat oder eine Ersatzwohnung angeboten wurde.

Siehe Kurzinfo Anfragen bei Sozialdatenträgern und Anlagen Gebäude.

zu Anwender

Nachhaltigkeitsfaktor bei der Tränkegebühren

- Personen, die die Voraussetzungen für die Befreiung von der Tränkegebühr erfüllen, können bis zum 31.Januar.xx+1 einen Antrag auf Befreiung von der Tränkegebühr stellen. Dabei ist der Tränkegebührenbescheid zurückgreifend, ab dem Antragsjahr bis zum Antragsjahr -3 zu berücksichtigen. Die Tränkegebührenbescheide müssen dann bis zum 31.Januar.xx+1 vorliegen. Die Tränkegebührenbescheide müssen dann bis zum 31.Januar.xx+1 vorliegen. Die Tränkegebührenbescheide müssen dann bis zum 31.Januar.xx+1 vorliegen.
- Es liegen, gemäß der sozialrechtlichen Pflegeversicherung, Pflegekurse, Pflegehilfsmittel, Rehabilitation, Beratung zur Rehabilitation, Beratung zur

Zivilrechtsgesetz (ZGB) - Art. 1 Abs. 2 Einleitungsartikel

Schwerbehindertenverfahren (SGB IX)

Broschüre "Schwerbehinderte Menschen - Ihre Rechte"

Dies ist die gekürzte Fassung der Broschüre "Schwerbehinderte Menschen - Ihre Rechte" Sonderausgabe - Ausgabe 2018 - Stand: 01.01.2018

Die Broschüre "Schwerbehinderte Menschen - Ihre Rechte" ist im Buchhandel erhältlich und kostet 7,- EUR.

Inhalt

Vorwort
Wer ist schwerbehindert?
Wer kann einen schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden?
Wie wird die Schwerbehinderteneigenschaft festgestellt?
Wieviel Urlaub steht schwerbehinderten Menschen zu?
Wie wird die Schwerbehinderten-Vertretung gewählt?
Was ist die Schwerbehinderten-Vertretung?
Was ist die Integrationsvereinbarung?
Was ist die Schwerbehinderten-Versammlung?
Was ist die Integrationsabteilung?
Was ist der Integrationsfachdienst?
Was ist der Beauftragte des Arbeitgebers?
Was ist der Beauftragte für schwerbehinderte Menschen?
Was ist der Beirat für die Angelegenheiten der schwerbehinderten Menschen?
Was ist der Ausschuß für die Angelegenheiten der schwerbehinderten Menschen?
Was ist die Schwerbehindertenvertretung bei den Sozialgerichten?
Was ist die Schwerbehindertenvertretung bei den Landesbehörden?
Was ist die Schwerbehindertenvertretung bei den Bundesbehörden

Kaminski, Gerhard; Kaminski, Ingrid
Kaminski, Gerhard; Kaminski, Ingrid: Tag der Lichtung. - S. 98-101 : 1 Abb.

Bayerische Verwaltung für Versorgung und Familienförderung

Nur Text

Schwerbehindertenverfahren (SGB IX)

Broschüre "Schwerbehinderte Menschen - ihre Rechte"

Sie können die Broschüre "Schwerbehinderte Menschen - ihre Rechte" kostenlos bestellen.

Im Interesse des Umweltschutzes und der Kostenminimierung bitten wir Sie, nur die von Ihnen wirklich benötigten Drucksachen anzufordern.

Bestellung

Name:

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

Telefonnummer tagsüber:

Bestellung abschicken | Eingaben löschen

verantwortlich für diese Seite: Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung Sachgebiet II 3

top

Bayerische Verwaltung für Versorgung und Familienförderung

Nur Text

Schwerbehindertenverfahren (SGB IX)

Antragsformulare und Broschüren

Antragsformulare können mit dem Acrobat Reader dargestellt bzw. ausgedruckt werden. Bitte beachten Sie unsere technischen Hinweise!

	Antrag auf Feststellung einer Behinderung und des Grades der Behinderung (GdB) nach § 69 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) und ggf. Ausstellung eines Ausweises
	Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB)/ Antrag auf Eintragung zusätzlicher Merkzeichen
	Antrag auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Nr. 11 Straßenverkehrsordnung (StVO) zur Bewilligung von Parkerleichterungen für Schwerbehinderte

Diesen Antrag können Sie bei Ihrer Stadt- oder Gemeindeverwaltung oder bei dem zuständigen Amt für Versorgung und Familienförderung einreichen.

Weitere **Informationen** finden Sie in der

Broschüre	erhältlich bei:
Ratgeber für Behinderte	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Postfach 500, 53105 Bonn
Das ABC der Behindertenhilfe	zuständiges Integrationsamt bei den jeweiligen Bezirksregierungen
Nachteilsausgleiche für Schwerbehinderte	zuständiges Integrationsamt bei den jeweiligen Bezirksregierungen
Steuertips für Behinderte	Bayerisches Staatsministerium der Finanzen, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Odeonsplatz 4, 80539 München
Informationen für behinderte Reisende (Mobilitätsservice)	an jedem Fahrkartenausgabeschalter der Deutschen Bahn; auch englisch und französisch

und können Sie auch bei Sozialverbänden, Selbsthilfeverbänden und den Spitzenverbänden der freien Wohlfahrtspflege in Bayern erhalten.

Technische Hinweise

Unsere Download-Angebote liegen im Adobe Portable Document Format (PDF) vor, das originalgetreue Darstellung bzw. Ausdruck auf allen gängigen Rechnern und Druckern erlaubt.

Um diese zu nutzen, müssen Sie über das Programm Adobe Acrobat Reader verfügen, das Sie kostenlos auf Ihren PC laden können (Umfang der zu ladenden Dateien 6,3 MB). Bitte überprüfen Sie zuerst, ob der Acrobat Reader nicht schon bei Ihnen installiert ist ! (Der Acrobat Reader ist auf vielen Multimedia-CDs zu finden.)

Get Acrobat Reader

Wir empfehlen folgende Einstellung des Acrobat Readers (Version 5) vorzunehmen, um einen korrekten Ausdruck der Formulare sicherzustellen:

Beim Ausdruck ist im Druckmenü die Option "Seitengröße" zu verwenden.

verantwortlich für diese Seite: Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung Sachgebiet II 3

Bayerische Verwaltung für
Versorgung und Familienförderung

Nur Text

Schwerbehindertenverfahren (SGB IX)

Nicht behindert zu sein ist wahrlich kein Verdienst, sondern ein Geschenk, das jedem von uns jederzeit genommen werden kann. Lassen Sie uns die Behinderten und ihre Angehörigen auf ganz natürliche Weise in unser Leben einbeziehen. Wir wollen ihnen die Gewißheit geben, daß wir zusammengehören.

Richard von Weizsäcker

Die bayerischen Ämter für Versorgung und Familienförderung stellen auf Antrag betroffener Personen

- das Vorliegen einer Behinderung und
- den Grad der Behinderung (GdB) sowie u. U. weitere gesundheitliche Merkmale (Merkzeichen) für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen fest.

Die Antragsformulare können Sie auf die Festplatte Ihres PC laden.

Beträgt der GdB wenigstens 50, erhält der Antragsteller einen Schwerbehindertenausweis, auf dessen Rückseite gegebenenfalls die zustehenden Merkzeichen eingetragen werden.

Diese Feststellungen sind meist die Voraussetzung dafür, dass Behinderte die ihnen zustehenden Nachteilsausgleiche und Rechte geltend machen können.

Angesichts der Vielzahl von Nachteilsausgleichen und der unterschiedlichen hierfür zuständigen Behörden und Stellen fällt es dem Behinderten oft schwer, sich rasch und vollständig zu informieren. Kein Behinderter soll aber aus Unkenntnis auf seine Rechte verzichten.

Darum sollten Sie die Broschüre "Schwerbehinderte Menschen - ihre Rechte" über die wichtigsten Grundzüge des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX sowie die Ansprüche Behinderter auf den verschiedenen Gebieten lesen.

verantwortlich für diese Seite: Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung
Sachgebiet II 3

top

Schwerbehindertenverfahren (SGB IX)

Hinweise und Tipps zur Antragstellung

Bei den bayerischen Ämtern für Versorgung und Familienförderung (ÄVF) gehen pro Monat etwa 15.000 Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht ein. Es dauert deshalb trotz aller Bemühungen **durchschnittlich ca. drei Monate** bis über einen Antrag entschieden werden kann. Warum dies so ist, möchten wir Ihnen kurz erläutern:

Im Rahmen der erforderlichen Sachaufklärung wird zur Verfahrens-beschleunigung und aus Kostengründen in der Regel zunächst lediglich ein **Befundbericht Ihres Hausarztes** ggf. auch Ihres HNO- und Augenarztes eingeholt. Die Befunde der anderen mitbehandelnden Fachärzte liegen regelmäßig bereits Ihrem Hausarzt vor, der sie dem AVF zur Verfügung stellt.

Ihr/e zuständige/r Bearbeiter/in prüft, ob alle erforderlichen ärztlichen Befunde eingegangen sind. Ist dies der Fall, werden die Unterlagen dem **Ärztlichen Dienst** zugeleitet.

Dort wird entschieden, ob eine Einstufung bereits anhand der vorliegenden Befunde möglich ist oder ob Sie untersucht werden müssen. Ist eine **Untersuchung** erforderlich, wird Ihnen der vorgesehene Untersuchungstermin rechtzeitig schriftlich mitgeteilt.

Nach Abschluss der ärztlichen Prüfung kann unter Berücksichtigung des Entscheidungsvorschlages des Ärztlichen Dienstes über Ihren Antrag entschieden werden.

Die nachfolgenden Tipps geben Ihnen einige Hinweise, wie Sie uns eine schnelle Entscheidung ermöglichen können. Was wir zur Verfahrens- beschleunigung beitragen können, werden wir selbstverständlich tun.

Tipp 1

Beantworten Sie die im Antragsformular gestellten Fragen bitte **genau und vollständig**. Sie helfen Ihrem AVF damit, die erforderlichen Befunde und ärztlichen Unterlagen (z.B. Krankenhausberichte) gezielt anfordern zu können.

Tipp 2

Je nachdem, wie schnell Ihr behandelnder Arzt tätig wird, können zwischen Anforderung und Eingang des Befundberichts einige Wochen, manchmal sogar mehrere Monate (!) liegen. Erfahrungsgemäß ist es von Vorteil, wenn Ihr Arzt informiert ist, dass und warum Sie einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht stellen. Wenn er weiß, worauf Ihr Antrag gerichtet ist, kann Ihr Arzt Ihren Antrag dadurch unterstützen, dass er die bei Ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen umfassend sowie möglichst genau beschreibt und uns den Befundbericht zeitnah zukommen lässt.

Tipp 3

Falls Sie aktuelle ärztliche Unterlagen selbst in Händen haben, legen Sie sie bitte Ihrem Antrag bei. Wenn Sie die Unterlagen im Original übersenden, erhalten Sie diese selbstverständlich wieder zurück. Röntgenbilder werden allerdings in der Regel nicht benötigt.

Tipp 4

Reichen die beigezogenen oder von Ihnen vorgelegten Unterlagen nicht aus, um über Ihren Antrag entscheiden zu können, ist eine versorgungsärztliche Untersuchung erforderlich, die das Verfahren um etwa drei Monate verlängern kann.

Je ausführlicher und aussagekräftiger die uns vorliegenden ärztlichen Unterlagen sind, desto eher wird eine Untersuchung entbehrlich und damit auch ein schnellerer Verfahrensabschluss möglich.

Tipp 5

Sollten Sie während des laufenden Verfahrens **von einer anderen Stelle untersucht** oder z. B. im **Krankenhaus behandelt** werden, lassen Sie uns dies bitte umgehend wissen, damit wir das Ergebnis dieser Untersuchung bzw. ärztlichen Behandlung noch berücksichtigen können.
Nur so ist uns eine genaue Einschätzung Ihres aktuellen Gesundheits- zustandes sowie unter Umständen auch der Verzicht auf eine ansonsten eventuell notwendige Untersuchung möglich.

verantwortlich für diese Seite: Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung
Sachgebiet II 3

Sozialgesetzbuch
- Neuntes Buch -
(SGB IX)

§69
Feststellung der Behinderung, Ausweise

(1) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung fest. Das Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung ist entsprechend anzuwenden, soweit nicht das Zehnte Buch Anwendung findet. Die Auswirkungen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung nach Zehnergraden abgestuft festgestellt. Die im Rahmen des § 30 Abs. 1 des Bundesversorgungsgesetzes festgelegten Maßstäbe gelten entsprechend. Eine Feststellung ist nur zu treffen, wenn ein Grad der Behinderung von wenigstens 20 vorliegt.

(2) Eine Feststellung nach Absatz 1 ist nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass der behinderte Mensch ein Interesse an anderweitiger Feststellung nach Absatz 1 glaubhaft macht. Eine Feststellung nach Satz 1 gilt zugleich als Feststellung des Grades der Behinderung.

(3) Liegen mehrere Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vor, so wird der Grad der Behinderung nach den Auswirkungen der Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen festgestellt. Für diese Entscheidung gilt Absatz 1, es sei denn, dass in einer Entscheidung nach Absatz 2 eine Gesamtbeurteilung bereits getroffen worden ist.

(4) Sind neben dem Vorliegen der Behinderung weitere gesundheitliche Merkmale Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen, so treffen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden die erforderlichen Feststellungen im Verfahren nach Absatz 1.

(5) Auf Antrag des behinderten Menschen stellen die für die Durchführung des Bundesversorgungsgesetzes zuständigen Behörden auf Grund einer Feststellung der Behinderung einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch, den Grad der Behinderung sowie im Falle des Absatzes 4 über weitere gesundheitliche Merkmale aus. Der Ausweis dient dem Nachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen, die schwerbehinderten Menschen nach Teil 2 oder nach anderen Vorschriften zustehen. Die Gültigkeitsdauer des Ausweises wird befristet. Er wird eingezogen, sobald der gesetzliche Schutz schwerbehinderter Menschen erloschen ist. Der Ausweis wird berichtigt, sobald eine Neufeststellung unanfechtbar geworden ist.

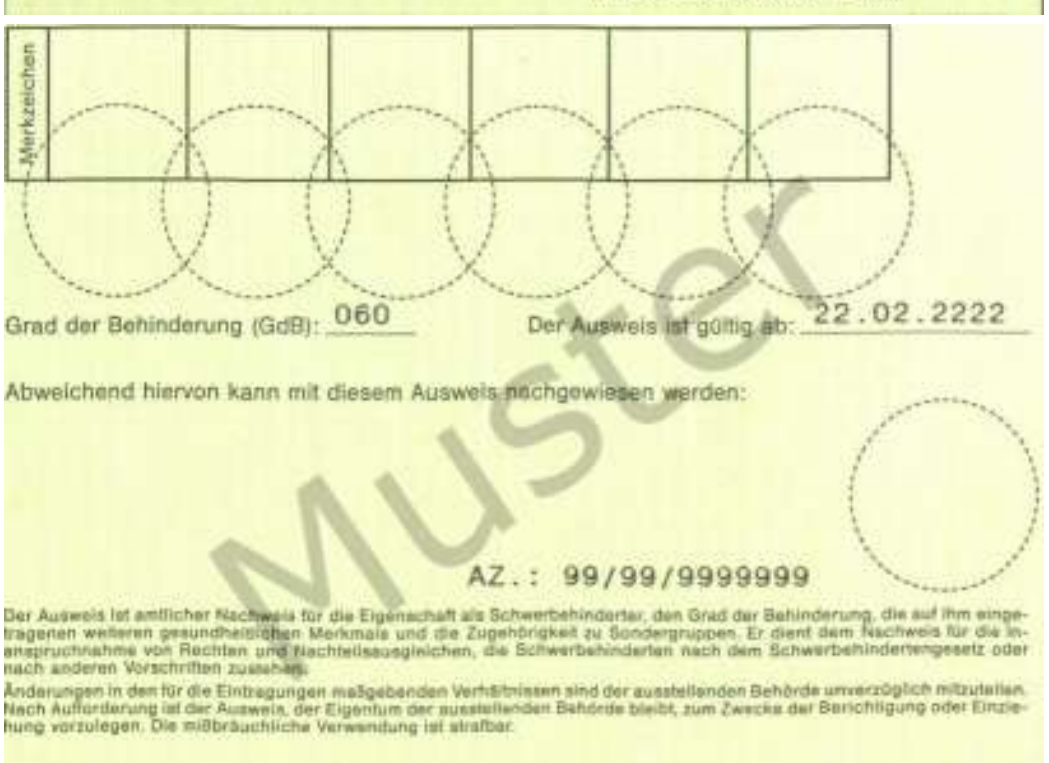
Bayerische Verwaltung für Versorgung und Familienförderung

Nur Text

Schwerbehindertenverfahren (SGB IX)

Schwerbehindertenausweise (Muster)

Ausweis ohne orangefarbenen Flächenausdruck (grüner Ausweis)



Ausweis mit orangefarbenen Flächenausdruck

- Wozu dient der Ausweis nach § 69 Abs.5 SGB IX?
- Hinweise zur Antragstellung beim Versorgungsamt
- Die wichtigsten GdB-abhängigen Rechte und Nachteilsausgleiche

verantwortlich für diese Seite: Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung
Sachgebiet II 3

Bayerische Verwaltung für
Versorgung und Familienförderung

Nur Text

Schwerbehindertenverfahren (SGB IX)

Adressen und Links

auf dieser Seite:

- Organe
- Sozialverbände
- Selbsthilfeverbände
- Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern

Organe

- Die Behindertenbeauftragte der Bayerischen Staatsregierung

Sozialverbände

- Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Rentner Deutschland e.V. (VdK-Landesverband Bayern)
- Sozialverband Deutschland e.V. (ehemals Reichsbund), Landesverband Bayern

Selbsthilfeverbände

- Landesarbeitsgemeinschaft "Hilfe für Behinderte" in Bayern e.V.

Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern

- Arbeiterwohlfahrt, Landesverband Bayern e.V.
- Deutscher Caritasverband, Landesverband Bayern e.V.
- Bayerisches Rotes Kreuz
- Diakonisches Werk Bayern
- Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern e.V.
- Diakonisches Werk Bayern, Münchner Stelle,
  Nördliche Auffahrtsallee 14, 80638 München
- Lebenshilfe für geistig Behinderte, Landesverband Bayern e.V.,
  Kitzinger Str. 6, 91056 Erlangen

verantwortlich für diese Seite: Bayerisches Landesamt für Versorgung und Familienförderung
Sachgebiet II 3

An das Amt für Versorgung und Familienförderung – Versorgungsamt –	Aktenzeichen	Eingangsstempel des AVF

Antrag

auf Feststellung einer Behinderung und des Grades der Behinderung (GdB) nach § 69 Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) und ggf. Ausstellung eines Ausweises

Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Gleichzeitig beantrage ich die Zuerkennung folgender Merkzeichen:

Beschränkung des Antrages:

☐ **Ich beantrage nur die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises, weil bereits eine andere Behörde (z.B. Berufsgenossenschaft, öffentlicher Dienstherr, Amt für Versorgung und Familienförderung in Kriegsopfer-, Soldatenversorgungs-, Opferentschädigungsangelegenheiten…) einen Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit zu den bestehenden Gesundheitsstörungen festgestellt hat. (In diesem Fall sind nur die Angaben zu den Nummern I., II.3 bis II.5, III.5 und IV. erforderlich.)**

☐ **Ich benötige keinen Ausweis**

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

zur Bearbeitung des Antrages bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten und den Antrag sowie die beiliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden.

! Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde) in Ihren Händen befinden, fügen Sie sie bitte diesem Antrag bei! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. !

Hinweis zum Datenschutz nach §67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X): Ihre Angaben sind zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Sie sind freiwillig. Wenn Sie unvollständige Angaben machen, kann jedoch unter Umständen der Grad der Behinderung nicht in der richtigen Höhe bzw. können eigentlich zustehende Merkzeichen eventuell nicht festgestellt werden. Alle Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

I. Angaben zur Person

1	Zu- und Vorname, ggf. Geburtsname oder frühere Namen		Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐
2	Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis, Land

3a Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

Straße, Haus-Nr.	Kreis
Postleitzahl, Ort	Gemeinde – nur bei Abweichung vom Wohnort angeben –
tagsüber telefonisch zu erreichen unter: ( )	

3b weitere Wohnsitze, auch Auslandswohnsitze

4	Staatsangehörigkeit

Hinweise für

- **Ausländer:** Bitte lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen **oder** legen Sie eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung bzw. über die Dauer der Aufenthaltsgestattung oder -duldung vor **oder** eine beglaubigte Ablichtung davon.
  Bei Kindern unter 16 Jahren benötigen wir die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.
- **Grenzarbeitnehmer:** Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bzw. eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltserlaubnis bzw. -berechtigung oder einen Ausweis für den kleinen Grenzverkehr bei **oder** lassen Sie nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen.

Bescheinigung der Ausländerbehörde

Dem/der Antragsteller/in wurde

am _____ eine ☐ Aufenthaltsberechtigung

☐ Aufenthaltserlaubnis ☐ Aufenthaltsbefugnis

☐ Aufenthaltsbewilligung ☐ _____

gültig bis _____ erteilt.

☐ Der Aufenthalt ist seit _____ gestattet/geduldet.

☐ Eine Aufenthaltsgenehmigung ist gemäß _____ nicht erforderlich.

Im Auftrag

_____ _____

Datum Unterschrift, Stempel der Behörde

5 Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer mit entsprechendem Aufgabenkreis bestellt ist, bitte Zu- und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des Betreuers angeben und ggf. Betreuerausweis (in Ablichtung) vorlegen:

Zu- und Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____

6 Erwerbstätigkeit:
Ich bin berufstätig Nein ☐ Ja ☐

II. Angaben zu den zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen

1 Welche länger als sechs Monate andauernden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen werden von Ihnen geltend gemacht? Bitte kreuzen Sie auch die Ursache an.

	angeborene Gesundheitsstörung	der Berufsgenossenschaft gemeldeter Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	Verkehrsunfall	häuslicher Unfall	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Folge einer Gewalttat	sonstige Krankheit	sonstige Ursache
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Achtung: Bei Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat bitte auch Nummer II.3a ausfüllen.

2 Soll Ihr Antrag **alle** bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen? Nein ☐ Ja ☐

Wenn Sie **Nein** angekreuzt haben: Beachten Sie, dass die nicht umfassten Gesundheitsstörungen bei der Bewertung des GdB nicht berücksichtigt werden können, und beantworten Sie bitte folgende Frage:

Welche Gesundheitsstörungen sollen **nicht** berücksichtigt werden?

_____

3a Hat das Amt für Versorgung und Familienförderung oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft, Pflegekasse) oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung zu Ihren gesundheitlichen Verhältnissen/zu einzelnen Gesundheitsstörungen und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja

Höhe des/der festgestellten GdB/MdE	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Tag des Unfalls

3b Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?

☐ Nein ☐ Ja

Anschrift des Sozialversicherungsträgers	Aktenzeichen

3c Erhalten Sie Leistungen von Ihrer Pflegekasse bzw. -versicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt (evtl. auch abgelehnt)?

Nein ☐ Ja ☐

Wenn **Ja**, bitte Aktenzeichen / Geschäftszeichen und Pflegekasse bzw. -versicherung angeben: _____

4 Derzeitige Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse oder -versicherung bzw. Pflegekasse oder -versicherung

Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung	Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen

5 Falls Sie blind oder fast erblindet sind:

Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Bayer. Blindengeldgesetz gestellt? Nein ☐ Ja ☐

Wenn **Ja**: Geben Sie bitte das Aktenzeichen an: _____

Wenn **Nein**: Wünschen Sie, dass wir ein Verfahren nach dem Bayer. Blindengeldgesetz einleiten? Nein ☐ Ja ☐

6 Bei besonderer Gehbehinderung:
Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? Nein ☐ Ja ☐

III. Angaben über ärztliche Behandlungen

1 Name und Anschrift Ihres Hausarztes

2 Bei welchen Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?

von – bis	Name und Anschrift des Arztes	Fachgebiet	Wegen Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

3 Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren:

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- und Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses, der Abteilung / Station oder des Chef- / Stationsarztes	Bitte angeben: A = ambulant S = stationär Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

4a Kurbehandlung in den letzten 5 Jahren:

von – bis	Name und Anschrift der Kurklinik	Kostenträger, Aktenzeichen

4b Welcher der o. g. Ärzte hat den Kurabschlussbericht erhalten?

5 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Pflegeheim) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachen, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

▶ **Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein.** ◀

IV. Im Falle der Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Nur für Antragsteller, die nicht am Sitz des Amtes für Versorgung und Familienförderung wohnen:
Ihren Schwerbehindertenausweis erhalten Sie nach getroffener Entscheidung von Ihrer Gemeindeverwaltung. Falls Sie aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihren Ausweis nicht dort, sondern bei Ihrem Amt für Versorgung und Familienförderung abholen wollen, kreuzen Sie bitte nachstehendes Kästchen an.

Ich möchte den Schwb-Ausweis nicht bei meiner Gemeinde, sondern beim Amt für Versorgung und Familienförderung abholen. ☐
(Reisekosten werden nicht erstattet.)

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses bei Ausländern/Grenzarbeitnehmern und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen bei der Feststellung nach dem SGB IX zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Gutachter oder Sozialleistungsträger (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB IX) und ich dem widersprechen kann.

Als Unterlagen sind beigefügt:
3 unterschriebene Einverständniserklärungen

Datum

Unterschrift

bei Vertretung:

☐ als gesetzlicher Vertreter

☐ als bevollmächtigter Vertreter oder Betreuer
Vollmacht bzw. Betreuerausweis bitte beifügen

Bitte alle 3 Einverständniserklärungen ausfüllen, unterschreiben und mit dem Antrag zurücksenden!

Zu- und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

_____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –)/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen Angaben im Fragebogen ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Zu- und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

_____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –)/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen Angaben im Fragebogen ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Zu- und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

_____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –)/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen Angaben im Fragebogen ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

BLVF-Nr. 1705E – 12.01 – 330,0' (53/01)

An das Amt für Versorgung und Familienförderung – Versorgungsamt –	Aktenzeichen – bitte bei allen Zuschriften angeben –	Eingangsstempel des AVF

Zutreffendes ankreuzen ☒ oder ausfüllen

Hinweis zum Datenschutz nach § 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SBG X):

Ihre Angaben sind zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrages bzw. zur Überprüfung Ihrer Behindertenangelegenheit erforderlich. Sie sind freiwillig. Wenn Sie keine oder unvollständige Angaben machen, kann jedoch unter Umständen der Grad der Behinderung nicht oder nicht mehr in der richtigen Höhe bzw. können eigentlich zustehende Merkzeichen eventuell nicht oder nicht mehr festgestellt werden. Gegebenenfalls wird dadurch auch eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes nahegelegt. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

☐ Antrag

☐ **auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB).**

☐ **auf Eintragung des/der Merkzeichen(s) _____ in den Ausweis.**

☐ Nachprüfung von Amts wegen

Wir müssen nachprüfen, ob in den Verhältnissen, die für die Feststellung im Bescheid vom _____ maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eingetreten ist.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die Zeit ab unserer letzten Feststellung sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – und senden Sie die ggf. anliegende(n) Einverständniserklärung(en) ausgefüllt und unterschrieben zurück. Anlage(n): Einverständniserklärung(en).

! Fügen Sie bitte diesem Antrag alle <u>in Ihren Händen</u> befindlichen Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde) bei! Sie können dadurch zu einer beschleunigten Bearbeitung und Entscheidung beitragen. !

▶ **Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.** ◀

1

Zu- und Vorname – ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	tagsüber telefonisch erreichbar unter ( )
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort	Kreis	Gemeinde (nur bei Abweichung vom Wohnort)

2 Welche der berücksichtigten Gesundheitsstörungen haben sich **verschlimmert**?

	Wie äußert sich die Verschlimmerung?

3 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung **neu** aufgetreten? Bitte kreuzen Sie auch die jeweilige Ursache an.

☐ Der Antrag bzw. die Nachprüfung von Amts wegen soll sich **nicht** auf die Gesundheitsstörung(en) Nr. _____ erstrecken.
Sie werden dann auch nicht bei der Feststellung des GdB berücksichtigt.

	angeborene Gesundheitsstörung	der Berufsgenossenschaft gemeldeter Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	Verkehrsunfall	häuslicher Unfall	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Folge einer Gewalttat	sonstige Krankheit	sonstige Ursache
1								
2								
3								
4								
5								

4 **Hat seit unserer letzten Entscheidung** eine Behörde, ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Pflegekasse) oder ein Gericht eine Feststellung zu Ihren gesundheitlichen Verhältnissen/zu einzelnen Gesundheitsstörungen getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ Nein ☐ Ja

Behörde / Gericht / Sozialversicherungsträger	Aktenzeichen (ggf. Unfalltag)	zu folgenden Gesundheitsstörungen

▶ Bitte Feststellungsbescheide oder -unterlagen beifügen. ◀

5 Falls Sie blind oder fast blind sind:
Wünschen Sie, dass wir ein Verfahren nach dem Bayer. Blindengeldgesetz einleiten? ☐ Ja ☐ Nein

6 Name und Anschrift Ihres Hausarztes

7 Ärztliche Behandlung seit unserer letzten Feststellung

von – bis	Name und Anschrift des Arztes	Fachgebiet	wegen folgender Gesundheits-störung	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

8 Krankenhausbehandlung seit unserer letzten Feststellung

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- u. Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses Abteilung / Station oder Chef-/Stationsarzt	wegen folgender Gesundheits-störung	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

9 Kurbehandlung seit unserer letzten Feststellung

von – bis	Name und Anschrift der Kurklinik	Name und Anschrift des Kostenträgers, Aktenzeichen	wegen folgender Gesundheits-störung	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

10 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Pflegeheim) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

▶ Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein. ◀

11 Zugehörigkeit zu Kranken- bzw. Pflegekassen oder Kranken- bzw. Pflegeversicherungen

von – bis	Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung – Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen

12 Bei besonderer Gehbehinderung:
Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? ☐ Ja ☐ Nein

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Ausländern / Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen bei der Feststellung nach dem SchwbG zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Gutachter oder Sozialleistungsträger (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m.§ 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Soweit sich bei der Nachprüfung von Amts wegen eine wesentliche Verschlechterung meiner festgestellten Behinderung ergibt, bitte ich, dieses Schreiben als Antrag anzusehen.

Datum: Unterschrift: An Unterlagen sind beigefügt: _____

bei Vertretung: ☐ als gesetzlicher Vertreter ☐ als bevollmächtigter Vertreter oder Betreuer, Vollmacht bzw. Betreuerausweis bitte beifügen

Antrag
auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Nr. 11
der Straßenverkehrs-Ordnung (StVO) zur Bewilligung
von Parkerleichterungen für Schwerbehinderte

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Ich bin Schwerbehinderte(r) und beantrage aufgrund meines Leidens eine Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen. Eine außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen „aG“) oder Blindheit (Merkzeichen „Bl“) im Sinne des Schwerbehindertengesetzes liegen bei mir nicht vor.

Ich bin damit einverstanden, dass die Straßenverkehrsbehörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrags die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte über Art und Ausmaß der Behinderung beim Amt für Versorgung und Familienförderung einholt. Ferner stimme ich einer Übermittlung dieser Auskünfte vom Amt für Versorgung und Familienförderung an die Straßenverkehrsbehörde zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Datenübermittlung widersprechen kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift:_____